

Etude des interactions sociales chez les déments du grand âge

THESE

présentée à l'école de psychologie et des sciences de l'éducation
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en psychologie
mention psychologie génétique

par

Aviva S. LUKE

de

TEL AVIV (Israël)

Thèse N° 57

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1973



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545917_0071

Etude des interactions sociales chez les déments du grand âge

THESE

présentée à l'école de psychologie et des sciences de l'éducation
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en psychologie
mention psychologie génétique

par

Aviva S. LUKE

de

TEL AVIV (Israël)

Thèse N° 57

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1973

L'Ecole de psychologie et des sciences de l'éducation, sur le préavis d'une commission formée de Madame B. Reymond, directeur de thèse, de Mademoiselle A. Etienne, des professeurs J. de Ajuriaguerra et W. Doise, autorise l'impression de la présente thèse, intitulée:

"Etude des interactions sociales chez les déments du grand âge"

sans exprimer d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 16 novembre 1972

Vinh Bang
Président de la section de psychologie

Thèse No 57
de Madame Aviva Luke



Tiré de: ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES 1973, 131ème année, N° 3, pages 349 à 395, MASSON et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-VIème.

L'ETUDE DES INTERACTIONS SOCIALES CHEZ LES DEMENTS DE GRAND AGE *

PAR

AVIVA S. LUKE

I. — INTRODUCTION ET POSITION DU PROBLÈME

Ce travail s'insère dans le cadre des recherches en gériatrie entreprises à la Clinique Psychiatrique de Bel-Air à Genève. Ces recherches ont, en premier lieu, porté sur le raisonnement intellectuel des déments et se sont ensuite élargies pour englober toute une série de comportements tels que l'alimentation, la marche et l'habillement.

Par ailleurs, la démence du grand âge a fait l'objet d'un grand nombre de travaux cliniques qui ont mis en évidence des troubles dans différents domaines : si tous les auteurs s'accordent pour affirmer que la démence se définit, entre autres, par un affaiblissement cognitif plus ou moins marqué, et de l'orientation spatio-temporelle, d'autres s'attachent aux troubles des fonctions instrumentales et du langage ou à la désintégration motrice.

L'objet du présent travail est de rechercher quels sont les effets spécifiques de la démence, en tant que modifications de fonctions multiples, sur les interactions des malades entre eux.

Nous avons étudié d'abord l'ampleur des interactions sociales, ceci par observation des contacts verbaux et non-verbaux que les malades établissaient entre eux. Nous avons mis l'accent non seulement sur cet aspect quantitatif de leur activité sociale individuelle, mais également sur la dynamique des relations qui se dégageait de la répartition de ces contacts. L'examen quantitatif de l'activité sociale doit être vu dans la perspective des différences individuelles qui, du moins nous en faisons l'hypothèse, sont déterminées, partiellement en tout cas, par la vie sociale antérieure plus ou moins riche des malades, celle-ci jouant certainement un rôle important dans l'am-

* Travail exécuté à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Bel-Air, Genève, Suisse. Directeur : Prof. J. de Ajuriaguerra.

pleur de leurs contacts sociaux actuels. En ce qui concerne la répartition des contacts, on peut se demander jusqu'à quel point elle ne se fait pas presque entièrement au hasard, car nos patients n'étaient plus susceptibles de témoigner une préférence pour une certaine personne de leur entourage; de plus, leur capacité de discriminer parmi les autres malades et de désigner verbalement ou par une action celle pour laquelle ils éprouvaient une préférence était extrêmement atténuée. En effet, les troubles de la mémoire auxquels s'ajoutait, dans notre cas, la baisse du niveau intellectuel, entraînaient profondément non seulement leur pouvoir discriminatif, mais même leurs possibilités de reconnaître leur milieu physique et humain. Sauf quelques exceptions, aucune malade ne savait où elle se trouvait; on peut même citer l'exemple de certaines patientes qui demandaient périodiquement à être conduites à la cuisine pour préparer le repas de leur famille. La reconnaissance du milieu humain était aussi fortement altérée : malgré de longs séjours à la clinique, les malades déclaraient ne pas se connaître et, en nous basant sur leurs dires, nous croyons que pour la plupart il en était effectivement ainsi.

Nous décrivons plus loin la méthode à laquelle nous avons dû avoir recours pour étudier les interactions sociales entre les malades, une étude sociométrique classique, destinée à dégager la dynamique des interactions au sein d'un groupe normal, n'ayant pu être appliquée à notre population pathologique.

En second lieu, nous avons considéré l'aspect qualitatif des interactions sociales, en nous fondant sur une observation détaillée de tous les comportements considérés dans leur ensemble.

— Dans un premier temps, nous avons cherché à savoir quels sont les comportements verbaux et non-verbaux que l'on peut encore observer chez ces malades, en évitant toute prédétermination quant à l'interprétation de leur signification.

— Ensuite seulement, nous avons essayé de déterminer quels sont, parmi tous les comportements, ceux qui servent plus spécifiquement à l'interaction, ceci dans la mesure où tous n'ont pas une valeur relationnelle.

— En outre, nous nous sommes posé la question de savoir s'ils existaient des comportements qui soient plus spécifiquement représentés chez certaines malades que chez d'autres et si oui, pourquoi, quelle pourrait-être leur signification et leur relation avec l'ampleur des interactions sociales.

— En dernier lieu, nous avons étudié le niveau opératoire des malades. Cet aspect n'a pas été abordé en soi, puisque nous n'aurions fait que constater le déficit intellectuel caractérisant tout tableau démentiel, mais dans le but d'étudier le rapport éventuel entre le niveau opératoire d'une malade et, d'une part, l'ampleur de ses interactions et, d'autre part, ses modes de comportement verbal et non-verbal.

II. — DESCRIPTION DE LA POPULATION

Notre étude a porté sur 27 femmes âgées entre 68 et 90 ans, dont le niveau scolaire et professionnel était assez uniforme. Toutes les patientes étaient atteintes de démence à des stades relativement avancés :

- | | |
|------------------------------------|-----------------|
| — 7 démences dégénératives | } du grand âge, |
| — 7 démences vasculaires | |
| — 11 démences mixtes | |
| — 1 démence présénile de Pick, | |
| — 1 démence présénile d'Alzheimer. | |

Le choix de la population a été essentiellement guidé par le fait que la gravité du diagnostic rendait cette population plutôt stable en milieu hospitalier, c'est-à-dire que les malades n'étaient plus suffisamment autonomes pour vivre à l'extérieur.

La durée de séjour à la clinique variait entre un et trois ans. Il n'y a eu que trois sorties, dont deux temporaires; pour les autres patientes l'hospitalisation a été définitive. Vu la désorientation avancée des malades, elles vivaient en pavillon fermé. Elles passaient la journée ensemble dans une grande salle et la nuit dormaient dans deux grands dortoirs. Une partie de la journée, certaines malades faisaient des travaux manuels ou participaient à des jeux, sous la direction d'une ergothérapeute. Quatre après-midi par semaine le pavillon était ouvert aux visites.

III. — MÉTHODOLOGIE

Avant d'étudier les interactions sociales entre les malades, leurs comportements verbaux et non-verbaux et leur niveau opératoire, une remarque générale s'impose : la durée de la recherche en gériatrie et, en particulier, avec des malades à des stades avancés de désintégration démentielle, est de première importance. L'état du malade varie constamment, qu'il s'agisse d'une détérioration lente et progressive ou d'oscillations de l'état somatique, psychique et thymique. Ces changements retentissent sur le comportement en général, et notamment sur la capacité et le désir d'interaction avec l'environnement. La recherche doit donc porter :

- sur une durée limitée, afin de saisir dans le processus de détérioration une période plus ou moins stable,
- il est nécessaire de multiplier les observations à des moments différents à l'intérieur de cette période, afin que les fluctuations individuelles des sujets soient prises en considérations, et
- la médication de chaque malade ne doit pas être modifiée au cours de l'observation.

a) *L'observation des interactions sociales.*

Nous avons déjà mentionné les raisons qui ont rendu impossible l'application à notre population d'un test sociométrique au sens classique du terme. Nous avons donc dû recourir à une méthode indirecte basée sur la pure observation et dans laquelle l'impossibilité des malades d'exprimer une préférence et de faire un choix était prise en considération.

L'investigation a porté sur l'interaction sociale entre deux malades à proximité l'une de l'autre; nous avons dans chaque cas cherché à connaître la disposition la plus favorable à toute paire de malades pour qu'un contact s'établisse : nous avons pu nous rendre compte que certaines patientes étaient plus disposées à prendre contact lorsque leur voisine se trouvait en face d'elles, d'autres témoignaient de plus de facilité pour l'interaction dans une position côte à côte. Il est important de noter que les situations n'étaient pas artificiellement créées pour notre étude, l'observation se faisant dans le milieu habituel des malades et portant toujours sur deux malades se trouvant par hasard dans la disposition la plus favorable pour elles. Vu la grande variabilité d'humeur et d'état de santé des patientes, nous avons observé chaque paire à trois reprises avec un intervalle d'une journée au moins.

Nous avons défini comme *interaction sociale* tout contact positif ou négatif, verbal ou non verbal entre deux patientes. Nous avons parlé d'*initiative de contact verbal* chaque fois qu'une malade adressait la parole à une autre malade, d'*initiative de contact non-verbal* toutes les fois qu'une malade touchait une autre intentionnellement, sans que ce comportement soit accompagné de mots. (Par exemple, quand A serrait la main à B ou l'aidait à se déplacer). *La réponse verbale* se référait à une réaction verbalement exprimée à une initiative de contact verbal ou non verbal, *la réponse non verbale* à une réaction motrice aux mêmes initiatives de contact. Étaient considérés comme *négatif* tout contact, verbal ou non verbal, qui traduisaient nettement un renvoi, une menace, un rejet ou une agression, et comme *positif* tout autre contact.

Nous cherchions la présence ou l'absence de contact entre malades, sans tenir compte ni de la durée de ce contact ni de son contenu. Si une relation ne s'était pas établie au bout de 15 minutes, nous concluions à l'absence de contact. Dans le cas contraire, nous notions :

- celle qui prenait l'initiative du contact,
- la nature du contact, verbal ou non verbal,
- la qualité de l'interaction, positive ou négative,
- la présence ou l'absence de réponse du partenaire.

Il serait peut-être utile d'introduire dès maintenant quelques termes pour définir nos sujets en fonction de l'ampleur des contacts qu'ils établissaient ou dont ils étaient l'objet. Soulignons que ces définitions ne sont

qu'opérationnelles et nous servent de moyen pour faciliter la description des relations individuelles entre les malades que nous avons observées.

— Nous avons parlé d'*activité sociale* pour décrire l'ensemble des initiatives de contact qu'une malade prenait avec son entourage.

— Le sujet qui établissait un nombre élevé de contacts verbaux et/ou non verbaux avec les autres malades a été considéré comme *expansif*.

— Le sujet qui en établissait un nombre bas a été appelé *réservé*. Le nombre de contacts élevé ou bas a été calculé statistiquement et nous avons retenu le seuil de probabilité de P.05.

— *Le statut du sujet dans le groupe* a été déterminé par le nombre de contacts verbaux et/ou non verbaux qui se dirigeaient vers lui — nous avons alors parlé de *contacts reçus*.

— Le sujet auquel un nombre élevé de contacts était adressé a été appelé *populaire* (par analogie à la terminologie sociométrique classique).

— Le sujet qui était l'objet d'un nombre très limité de contacts a été considéré comme *isolé* (idem).

b) *L'observation des comportements.*

Nous avons décrit jusqu'ici la méthode qui nous a servi à quantifier les contacts entre les malades. Dans un deuxième temps, nous avons effectué une observation de l'ensemble des comportements de toutes les malades dans leur milieu habituel. L'observation de chaque patiente s'est faite durant 4 heures en tout, dispersée sur plusieurs jours. Nous avons procédé à des relevés périodiques de 10 minutes, le nombre de comportements observés dans une durée plus courte ayant été trop faible pour permettre une analyse statistique ultérieure.

Dans une étude préliminaire, nous avons observé les malades individuellement et classé leurs différents modes de comportement en catégories, couvrant toute la gamme des mouvements exécutés. Nous avons constitué 12 catégories dont 2 verbales et 10 non verbales.

Les catégories verbales sont :

- l'expression verbale spontanée,
- la réponse verbale à autrui.

Les catégories non verbales sont :

- les mouvements de la partie supérieure du visage,
- les mouvements de la partie inférieure du visage,
- les mouvements de la tête,
- les mouvements de la main et/ou du bras dirigés vers un objet
- les mouvements de la main et/ou du bras dirigés vers le corps propre (incluant la manipulation des vêtements et des lunettes),
- les mouvements de la main et/ou du bras dirigés vers l'extérieur

- les mouvements du tronc ou du corps entier,
- les mouvements des pieds et/ou des jambes,
- les mouvements de contact corporel avec autrui,
- le sourire.

Les stéréotypies verbales et motrices, trop nombreuses par rapport aux autres mouvements, ont été traitées à part.

c) *L'examen du niveau opératoire.*

Le niveau opératoire de chaque malade a été examiné à l'aide des épreuves opératoires de Piaget. (Cf. Piaget et Inhelder, 1962 et de Ajuria-guerra et Al. 1964).

Etant donné la diminution importante des capacités intellectuelles des sujets, nous avons choisi l'épreuve de la conservation de la substance (acquise par l'enfant vers 7-8 ans) comme point de départ. En cas de réussite, partielle ou entière, l'épreuve de la conservation du poids a été administrée (réussie par l'enfant vers 9 ans). L'épreuve de la conservation du poids ayant été échouée par tous nos sujets, il n'a pas été nécessaire d'administrer l'épreuve de la conservation du volume (réussie vers 11 ans). En cas d'échec à l'épreuve de la conservation de la substance, l'épreuve de la conservation des liquides était présentée (réussie vers 7 ans). Lorsqu'il y avait échec à toutes les épreuves de conservation, nous avons eu recours à l'épreuve de la permanence de l'objet, pour fixer un dernier point de repère dans la désintégration démentielle cognitive des malades.

IV. — RÉSULTATS

Nous relèverons d'abord les résultats concernant les interactions sociales puis donnerons une description détaillée des comportements observés, sans encore nous prononcer sur leur valeur dans l'interaction. La connaissance du niveau opératoire de chaque malade nous permettra ensuite de mettre en relation celui-ci avec l'ampleur des interactions et avec les différents comportements. Nous exposerons finalement les données concernant la mise en relation entre les comportements et les interactions sociales.

A. *Les interactions sociales.*

Nous avons traité nos résultats en suivant le procédé statistique des limites de confiance emprunté à Bastin (1966) pour caractériser socialement les sujets d'une population. Nous nous sommes limités à rechercher les deux indices suivants :

- le nombre d'*initiatives de contact positif* qui traduit l'expansivité

sociale du sujet (leur nombre maximum à l'intérieur d'une paire était de 3, étant donné les 3 observations qui portaient sur chaque paire),

— le nombre de *contacts positifs reçus* qui traduit le statut du sujet dans le groupe (*idem*).

Vu que l'interaction suppose la participation de deux sujets, il est évident que le nombre total d'initiatives de contacts positifs équivaut à celui des contacts reçus. De ce fait, le même procédé statistique a permis la répartition des malades dans les classes établies d'après l'ampleur de leur activité sociale et d'après leur statut dans le groupe.

Notre objectif a été de connaître combien de contacts doivent être dirigés vers un sujet pour que l'on puisse dire qu'il obtient plus ou moins qu'il n'en aurait reçu par la seule loi du hasard (le seuil de signification étant de P.05). Le traitement statistique nous a permis de relever que notre échantillon comprenait 4 *populaires* et 3 *isolées* (les autres 20 sujets n'étant pas qualifiés significativement).

En employant le même procédé statistique nous avons constitué des classes sur la base des initiatives de contacts positifs qui caractérisent l'expansivité sociale des sujets. Les malades ont ainsi été réparties en 11 *expansives* et 10 *réservées* (6 sujets n'ont pas été qualifiés significativement).

Ajoutons encore que la différence marquée entre la classe des expansives et celle des réservées est apparue aussi très nettement si l'on se plaçait du point de vue des moyennes des initiatives de contact pris dans leur totalité. Par contre, nous n'avons trouvé presque aucune différence entre les moyennes de ces deux classes du point de vue des contacts positifs reçus. Ceci nous permet de conclure que le nombre d'initiatives de contact qu'une malade prend n'est pas en rapport direct avec le nombre des contacts qui lui sont adressés.

La constance des résultats.

Sur les trois observations effectuées, nous avons choisi arbitrairement de comparer la première et la troisième et ceci, d'une part, au moyen du Rho de Spearman et, d'autre part, en recalculant les limites de confiance (Bastin, *ibid*).

Nous avons pu mettre en évidence une bonne concordance entre les résultats de la première et de la troisième observation, ainsi qu'entre ceux de ces deux observations prises séparément et comparées aux trois observations calculées ensemble. Cette concordance était cependant légèrement meilleure du point de vue de l'expansivité des sujets que du point de vue de leur statut dans le groupe.

Les contacts négatifs.

Vu le nombre très limité de contacts négatifs, nous n'avons pas appliqué de traitement statistique. Nous avons pris en considération uniquement

les sujets qui en prenaient ou en recevaient plus de trois. On a trouvé 4 malades qui prenaient plus de 3 initiatives de contact négatif et 6 qui en recevaient plus de 3. Parmi les 4 patientes qui prenaient un nombre élevé de contacts négatifs, 2 en recevaient également beaucoup et une était une isolée.

En comparant statistiquement le nombre de contacts négatifs pris par les populaires avec celui pris par les isolées, on a trouvé une différence très significative, *les isolées prenant considérablement plus de contacts négatifs que les populaires*. Quant aux contacts négatifs reçus, la comparaison de ces deux classes s'est également avérée significative, mais dans une moindre mesure. En ce qui concerne les expansives et les réservées, aucune différence significative n'a été mise en évidence quant aux contacts négatifs reçus; par contre, du point de vue des contacts négatifs pris, comme on pouvait s'y attendre, *les expansives prenaient significativement plus d'initiatives de contact négatif que les réservées*.

Les réponses immédiates aux contacts.

Nous ne nous sommes pas arrêtés jusqu'ici sur les réponses immédiates données par les malades aux contacts dirigés vers elles. De ce point de vue, *la comparaison des expansives avec les réservées nous a révélé que les premières tendaient à répondre à presque toutes les initiatives de contact s'adressant à elles. Les réservées, par contre, restaient souvent sans réaction quand une malade leur parlait ou essayait, par des moyens non-verbaux, de s'approcher d'elles.*

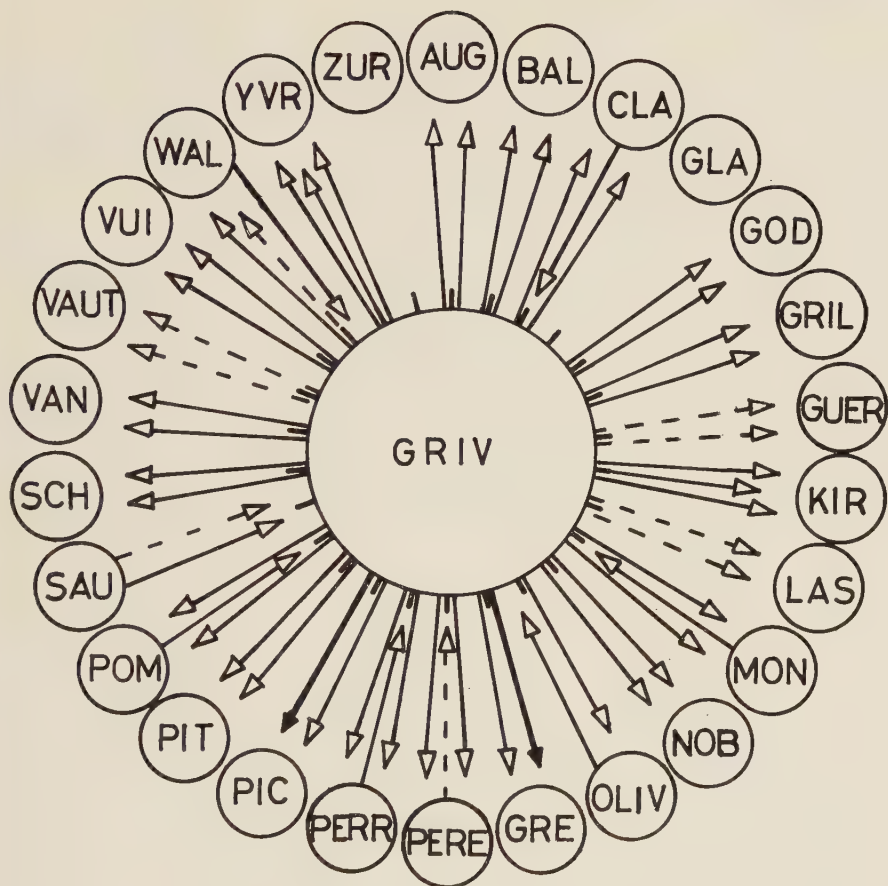
Quant aux réponses immédiates données par les populaires comparées à celles des isolées, nous avons trouvé une différence allant dans le même sens, que celle observée entre les expansives et les réservées, mais ce résultat n'était pas significatif.

Les sociogrammes.

Nous avons mentionné l'impossibilité d'appliquer à notre population la méthode sociométrique classique, vue l'incapacité des malades à exprimer des préférences et à faire un choix. Malgré cela, nous avons effectué des sociogrammes (Moreno, 1954) pour représenter graphiquement les relations inter-personnelles, telles qu'elles apparaissent à travers les contacts entre les malades.

Le sociogramme individuel traduit graphiquement les contacts qui unissent chaque individu aux autres membres du groupe dont il fait partie. Nous y lisons le nombre de contacts adressés par une malade à telle autre et voyons quel mode de contact — verbal ou non verbal — a été établi entre les paires. Ils laissent apparaître, entre autres, la façon dont se distribuent les contacts autour d'une malade, cette distribution pouvant être plus ou moins centrée sur certaines d'entre elles. A titre d'exemple, nous exposons

Sociogramme individuel de GRIV



N.de contacts en tout	: 56
N.de malades avec lesquelles un contact a été établi	: 24
N.de contacts positifs établis par la malade	: 38+2
N.de malades qui sont l'objet de contacts positifs	: 19
N.de contacts positifs reçus par la malade	: 6
N.de malades qui lui adressent des contacts positifs	: 6
N.de contacts négatifs établis par la malade	: 8
N.de contacts négatifs reçus par la malade	: 2

deux sociogrammes particulièrement significatifs, le premier d'une expansive, le second d'une réservée.

Le sociogramme individuel de la malade expansive Griv.

Les initiatives de contact : en regardant ce sociogramme, on remarque que non seulement la malade prend beaucoup d'initiatives de contact, mais que ceux-ci s'adressent à un grand nombre de malades. La dispersion est donc importante. Pour relever cette dispersion, on peut soit compter sur le sociogramme combien de fois la malade entre en contact avec une autre, soit comparer le nombre total des initiatives de contact avec le nombre de malades qui ont été contactées. Suivant cette dernière procédure, on remarque que Griv ne prend que rarement contact avec la même malade à plusieurs reprises. Ainsi, les contacts se sont avérés peu groupés, fait qui indique le manque de préférence véritable et continue de la malade pour une autre.

Les contacts reçus : le sociogramme nous montre qu'il n'y a que 6 contacts qui se dirigent vers cette malade, ce qui la définit comme isolée. La grande expansivité de Griv n'entraînait donc pas sans autre son statut élevé dans le groupe, fait que nous avons pu confirmer par l'examen d'autres sociogrammes. Les raisons possibles de cet état de choses sera explicité plus loin.

Les contacts négatifs : Griv a été l'objet de 2 rejets seulement, mais le nombre d'initiatives de contact négatif que cette malade prenait (8 en tout) s'est trouvé parmi les plus élevés de tout le groupe. Cette malade expansive se caractérisait donc par une activité sociale abondante qui se traduisait aussi bien par des prises de contact positif que négatif. La lecture de tous les sociogrammes montre cependant que ce phénomène n'est pas commun à toutes les expansives. Il est intéressant de noter que les *contacts négatifs, malgré leur nombre relativement restreint par rapport aux contacts positifs, sont mieux groupés que ces derniers*. Ainsi notre malade Griv rejetait 3 malades lors de deux observations successives; cette centration se retrouve chez la plupart des malades.

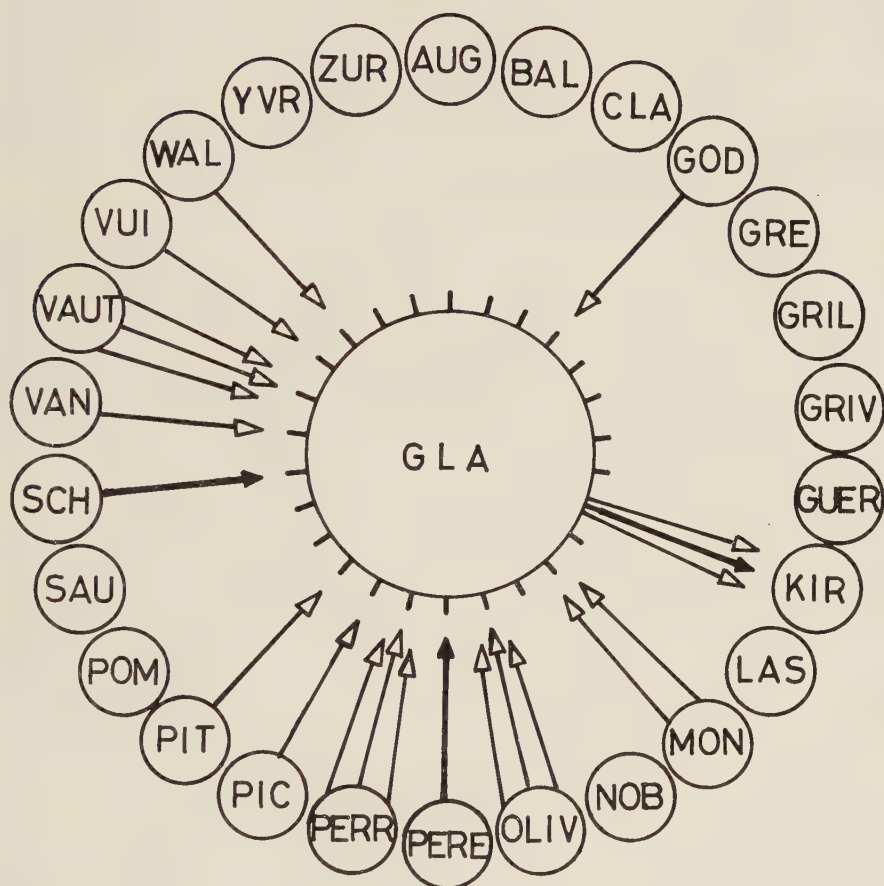
Contact verbal et non verbal : chez cette malade, comme chez toutes les expansives d'ailleurs, le mode d'approche était essentiellement verbal (38 prises de contact verbal, 2 non verbal). On a noté qu'une seule expansive semblait favoriser le mode non verbal qui occupait plus de 50 % de ces contacts.

Le sociogramme individuel de la malade réservée Gla.

Les initiatives de contact : définie comme réservée à cause du nombre limité d'initiatives de contact qu'elle prenait, Gla s'est distinguée des autres membres de cette classe par le fait que les trois seuls contacts qu'elle a établis se dirigeaient vers la même malade, une populaire.

Cette centration des contacts, très rare dans notre population, s'est avérée caractéristique des malades du niveau intellectuel le plus élevé. Ces mêmes patientes étaient moins détériorées du point de vue clinique, leur

Sociogramme individuel de G L A



N.de contacts en tout	: 23
N.de malades avec lesquelles un contact a été établi	: 14
N.de contacts positifs établis par la malade	: 2+1
N.de malades qui sont l'objet de contacts positifs	: 1
N.de contacts positifs reçus par la malade	: 19
N.de malades qui lui adressent des contacts positifs	: 13
N.de contacts négatifs établis par la malade	: 0
N.de contacts négatifs reçus par la malade	: 0

mode de communication était surtout verbal et elles s'exprimaient encore relativement bien.

Les contacts reçus : Comme chez toutes les réservées, le nombre de contacts que la malade Gla a reçu était bien plus élevé que celui qu'elle a pris ; ceci va également dans le sens d'une absence de rapport quantitatif direct entre l'activité sociale des malades et leur statut dans le groupe. Cependant, *nous avons noté dans cette classe une tendance à des statuts moins élevés* ; en effet, nous n'avons trouvé aucune populaire parmi les réservées, mais bien deux isolées.

Les contacts négatifs : la malade Gla ne prenait ni ne recevait de contacts négatifs. Dans l'ensemble, *les initiatives de contact négatif prises par les réservées étaient restreintes* ; présentes chez 3 sujets seulement parmi les 10 membres de cette classe, (1, 2 et 3 respectivement). Il semble donc que *lorsque l'activité sociale est fortement réduite, c'est aussi bien son aspect positif que négatif qui diminue et que la perte du besoin d'interaction avec l'entourage s'accompagne d'une perte ou d'une absence d'expression de l'agressivité*.

Contact verbal et non verbal : Chez Gla, comme chez toutes les réservées, on a remarqué clairement que *lorsque le contact verbal diminuait fortement, le contact non verbal persistait encore et semblait représenter le dernier lien de la malade avec son entourage*. Ainsi, sur 3 initiatives de contact prises par la malade Gla, un était non verbal ; cette proportion des contacts non verbaux était encore plus importante chez les autres réservées.

B. Le comportement verbal et non verbal.

Le nombre de malades, 27 pour l'étude des relations interpersonnelles, s'est réduit à 21 pour l'étude des comportements :

— 3 malades sont décédées pendant la période de l'observation des comportements,

— 3 autres se sont détériorées si rapidement qu'on n'a pas pu les inclure dans cette partie de l'étude.

Voici une description détaillée de tous les comportements qui figurent dans les catégories établies. Il nous semble, en outre, indispensable de décrire ensuite les activités stéréotypées des malades.

a) Les catégories verbales.

L'expression verbale spontanée : Dans cette catégorie s'inscrit toute initiative verbale dirigée ou non vers autrui. Il était souvent difficile de déterminer si une malade se parlait à elle-même ou si elle adressait la parole à quelqu'un qu'elle croyait présent. C'est la baisse de l'acuité visuelle, mais surtout des troubles de mémoire importants qui pourraient peut-être

expliquer le fait que certaines malades parlaient dans le vide. Le contenu de leurs paroles était souvent incompréhensible; cependant parfois on a eu l'impression que les malades s'adressaient à des personnages de leur passé. Ces cas étaient néanmoins très rares et nous n'en avons pas tenu compte.

La réponse verbale à autrui : Cette catégorie comprend les réponses verbales déclenchées par un contact verbal ou non-verbal. Ici nous n'avons donc pas incli seulement les réponses à une question, mais également les réactions verbales à toute initiative entreprise par autrui.

b) *Les catégories non-verbales.*

Les mouvements de la partie supérieure du visage (au niveau du nez, des yeux et du front) : cette catégorie comporte les clignements des yeux, l'ouverture et la fermeture de ceux-ci, les froncements du front, les haussemments des sourcils et les mouvements du nez. Précisons que les regards ne font pas partie de cette catégorie, ni de toute autre, l'interprétation de leur direction ou de leur intention nous ayant paru trop subjective.

2) *Les mouvements de la partie inférieure du visage* (au niveau de la bouche, des joues et du menton) : nous avons observé l'ouverture et la fermeture de la bouche, le lèchement des lèvres, les mouvements de la langue en dehors et à l'intérieur de la bouche et les grimaces comprenant la région de la bouche et du menton.

3. *Les mouvements de la tête* peuvent être en rapport avec un événement extérieur (tourner la tête au passage de quelqu'un ou à un bruit), mais les mêmes mouvements peuvent apparaître aussi bien en l'absence de toute stimulation externe. Nous avons observé des mouvements de la tête de haut en bas ou latéralement, avec ou sans stimulation.

4. *Les mouvements de la main dirigés vers un objet* comportent les mouvements de désignation, de préhension ou de manipulation — même momentanée — d'un objet (à l'exception des vêtements propres du sujet).

5. *Les mouvements de la main dirigés vers le corps propre* incluent tous les gestes de se gratter, se frotter, se coiffer avec la main, se moucher, tâter ses vêtements, prendre sa tête entre ses mains, nettoyer ses lunettes, toucher ses jambes, enlever ses chaussures et ses bas et les remettre, jouer avec son tablier, bouttonner et débouttonner sa robe.

6. *Les mouvements de la main dirigés vers l'extérieur* comprennent tous les gestes qui ne se dirigent ni vers le cors propre ni vers une autre personne ou un objet, mais les gestes vagues dans l'espace sans intention apparente, ou les gesticulations accompagnant la parole.

7. *Les mouvements du tronc et du corps entier* décrivent les inclinaisons ou les balancements du tronc en avant, en arrière ou de côté, le passage

de la position assise à la position debout ou vice versa, et un déplacement dans la salle. (Chaque déplacement compte comme une seule unité).

8. *Les mouvements des pieds ou des jambes* comprennent tout balancement des pieds ou des jambes en position assise, un croisement et décroisement des jambes, les mouvements de tapoter du pied sur le sol et des flexions.

9. *Les mouvements de contact corporel avec autrui* : serrer la main à autrui, l'aider à se lever, à s'asseoir, etc., toucher quelqu'un en lui parlant, ou pousser ou rejeter quelqu'un avec les mains ou avec le corps. Un contact dû au hasard, par exemple une rencontre dans un couloir étroit, n'entre pas dans cette catégorie.

10. *Le sourire* était noté comme tel, même s'il ne semblait pas être dirigé vers autrui.

Les activités stéréotypées.

Nous n'avons pas soumis les stéréotypies à l'analyse statistique pour deux raisons principales :

— leur comparaison statistique avec les autres comportements serait superflue puisqu'il apparaît d'une manière évidente que les mouvements stéréotypés sont infiniment plus nombreux que tout autre comportement;

— si nous avions inclu les mouvements stéréotypés dans les catégories comportementales, cela n'aurait pas donné une vraie image de l'activité des sujets, car la comparaison se ferait entre deux activités de nature différente, l'une beaucoup plus adaptée au monde extérieur (les mouvements inscrits dans les catégories), l'autre plus désinsérée de la réalité.

Qu'est-ce qu'une stéréotypie ? Le terme de stéréotypie pose des problèmes de définition et varie d'après les auteurs. Certains excluent de ce terme toutes les activités qui répondent à des contenus affectifs, d'autres y incluent, en plus d'un grand nombre d'habitudes motrices ressortant de la pathologie, certaines activités faisant partie de la psychologie normale. Le seul concept sur lequel tous s'entendent est le caractère répétitif de l'activité stéréotypée. Quant à sa valeur, on peut citer de Ajuriaguerra, Rego et Tissot (1963) :

« Chez un patient désorienté, amnésique, qui a perdu ses facultés d'adaptation, elles (les stéréotypies) constituent les seules possibilités qui lui restent d'entrer en relation avec ses semblables et agir sur le monde extérieur. »

Dans notre population nous avons observé des activités motrices stéréotypées ou itératives chez un nombre assez considérable de malades. Ces stéréotypies variaient d'une malade à l'autre et chez certaines elles se substituaient aux mouvements relevés dans les catégories comportementales.

Elles se présentaient soit au niveau de la tête, soit des membres inférieurs ou supérieurs et pouvaient même concerner le corps entier. L'interruption des stéréotypies par l'intervention d'un agent extérieur n'était pas toujours possible. Certaines malades ne pouvaient pas être détournées de leur activité stéréotypée, d'autres finissaient le pattern qui constituait la stéréotypie pour répondre à une question et la reprenaient ensuite. Dans les deux cas, l'interruption de ces comportements créait une angoisse et un état d'émotion profonde.

C. *Le niveau opératoire.*

Nous avons mentionné les épreuves que nous avons appliquées à nos malades afin de déterminer leur niveau. 5 patientes n'ont pu être examinées du point de vue opératoire pour des raisons diverses (cécité, décès, etc.).

Parmi les 22 malades que nous avons examinées, 6 se situaient au niveau des opérations concrètes inférieures (conservation de la substance); les autres se situaient nettement au niveau pré-opératoire et chez une malade même la permanence de l'objet n'était plus présente.

D. *La relation entre les comportements et les interactions sociales.*

Nous avons vu que nos sujets se répartissaient en classes suivant deux critères, l'ampleur de leur activité sociale que nous avons définie par le nombre plus ou moins important de contacts qu'il établissaient et leur statut dans le groupe, qui reflète l'importance des contacts dont ils étaient l'objet. Nous avons, en outre, décrit tous les comportements observés et les avons classés en catégories.

C'est ensuite que nous avons étudié le rapport entre ces comportements et l'activité sociale, d'une part, leur statut dans le groupe, d'autre part. Nos résultats ont été soumis à deux analyses statistiques :

- la Friedman two-way analysis of variance by ranks, et
- le Mann-Whitney U test.

a) La Friedman analysis nous a permis de déterminer la différence entre les fréquences des comportements à l'intérieur d'une même classe. On voit ainsi quels sont les comportements les plus ou les moins représentés dans une classe. (Le seuil de signification étant toujours P.05).

Ce traitement statistique nous a permis de constater que :

- pour les *populaires*, la fréquence des comportements ne diffère pas de façon significative.
- pour les *isolées*,
- le *contact corporel avec autrui* a une fréquence *significativement basse*

le sourire a, lui aussi, une fréquence significativement basse.

- *pour les expansives,*
les mouvements de la tête ont une fréquence significativement élevée
l'expression verbale spontanée a une fréquence significativement élevée, et
le contact corporel avec autrui a une fréquence significativement basse.
- *pour les réservées,*
les mouvements de la main dirigés vers le corps propre ont une fréquence significativement élevée.

En ce qui concerne les classes intermédiaires, il nous a semblé peu intéressant de les soumettre à ce traitement statistique. En effet, par définition, ces classes n'étaient pas caractérisées par des critères spécifiques; on retrouvait dans celles-ci, dans une moindre mesure, les particularités propres aux classes extrêmes.

b) *Le Mann-Whitney U test* permet de comparer les fréquences d'un comportement dans une classe avec les fréquences du même comportement dans une autre classe. L'application de ce test à toutes les catégories comportementales *des populaires et des isolées* a mis en évidence que seul *le sourire* différenciait significativement ces deux classes, il était plus fréquent chez les populaires.

Les comportements qui différencient *les expansives des réservées* étaient :

- *le contact corporel avec autrui,*
- *l'expression verbale spontanée,*
- *le sourire.*

Les trois catégories avaient une fréquence significativement plus élevée chez les expansives que chez les réservées.

Deux catégories se sont avérées proches du seuil significatif :

- *les mouvements de la main vers un objet, et*
- *les mouvements de la main vers l'extérieur;*

ces deux catégories avaient également une fréquence plus élevée chez les expansives.

Quant aux relations entre les classes extrêmes et les classes intermédiaires, elles variaient sans aucune constance; le résultat de la classe intermédiaire était tantôt plus proche d'un extrême, tantôt d'un autre et il ne concordait avec aucun. C'est pour cette raison que nous n'en avons pas tenu compte lors de l'interprétation des résultats.

Nous avons, lors de la description des divers comportements des malades soulevé le problème des activités stéréotypées. En ce qui concerne le

rapport entre ces stéréotypies et l'activité sociale des sujets, on a trouvé que les stéréotypies étaient plutôt caractéristiques des malades aux contacts sociaux très limités, les réservées, tandis qu'elles étaient rares chez les expansives. Pourrait-on expliquer ce phénomène par le besoin des malades de combler le vide laissé par la pauvreté de leurs contacts sociaux avec des activités stéréotypées ? Ceci irait dans le sens de Ajuriaguerra et Al. (1963) qui disent :

« Si le mouvement se présente comme une activité à vide par rapport à une efficience, à une utilité, elle semble se présenter, par contre, pour le sujet, comme une activité qui remplit un vide. L'itération sénile semble avoir un double sens, car il y a dans l'activité une complaisance et dans la nouvelle monotonie un apaisement. »

E. La relation entre les comportements et le niveau opératoire.

Nous avons à nouveau employé le Mann-Whitney U test pour examiner cette fois s'il y a un rapport entre les différentes catégories comportementales et le niveau opératoire des malades. Nous nous sommes demandé si on verrait apparaître aux différents niveaux des comportements significativement plus fréquents que d'autres. Rappelons que notre examen du raisonnement des malades a permis de distinguer celles se situant au niveau des opérations concrètes inférieures de celles se situant au niveau pré-opératoire. Une malade enfin ne possédait même plus la permanence de l'objet.

En comparant les comportements observés au meilleur niveau à ceux relevés aux niveaux les plus bas, nous avons trouvé que ces deux groupes se distinguaient par trois catégories de comportement :

- *les deux catégories d'expression verbale,*
- *les mouvements du tronc ou du corps entier.*

Alors que les deux catégories verbales étaient significativement plus fréquentes au meilleur niveau, celle des mouvements du tronc était plus fréquemment représentée chez les malades de bas niveaux.

Quant aux relations entre niveau opératoire et activités stéréotypées, on a remarqué que celles-ci n'apparaissent qu'au niveau pré-opératoire. *On n'a pas observé de stéréotypies chez les patientes de niveau opératoire.*

F. La relation entre les interactions et le niveau opératoire.

Nous avons finalement cherché à voir s'il y avait une relation entre le niveau opératoire des malades et, d'une part, leur statut dans le groupe, d'autre part, leur expansivité sociale. Dans ce but, nous avons établi un tableau où l'on pouvait voir à côté du niveau opératoire de chaque malade, son statut dans le groupe et l'ampleur de son activité sociale.

Il ressort clairement de ce tableau qu'il n'y avait aucune régularité dans

les résultats : on a trouvé des expansives et des réservées à tous les niveaux; ceci également pour les populaires et les isolées. *Il semble donc qu'il n'y ait aucun lien entre le niveau opératoire d'une malade et son activité sociale ou son statut dans le groupe.* Rappelons cependant que lors de l'analyse de la distribution des contacts, nous avons relevé que les malades expansives de meilleurs niveaux tendaient à mieux grouper leurs contacts, ce qui révèle une certaine capacité de discrimination et, par conséquent, l'existence d'une relation entre le niveau opératoire et la possibilité d'exprimer des préférences.

V. — DISCUSSION

Nos résultats ne prennent de signification que si l'on tient compte du cadre dans lequel se déroule la vie des malades. Il faut donc prendre en considération les effets du milieu hospitalier sur le dément. Déjà chez beaucoup de personnes âgées on relève un appauvrissement des intérêts et des relations avec l'entourage, une diminution des investissements affectifs, une difficulté à s'adapter à des situations nouvelles et à se faire de nouveaux amis. La solution et l'aliénation sont toujours présentes.

Ceci est d'autant plus vrai pour le dément; chez lui on relève, en outre, dans différents domaines, des déficiences multiples, telles qu'un affaiblissement intellectuel, des troubles moteurs, instrumentaux et du langage, ainsi que des déficits de la mémoire et de l'orientation spatio-temporelle. Le placement en milieu hospitalier est vécu comme un traumatisme; ce changement, souvent définitif, d'un stade de vie, représente un déracinement que le vieillard ressent profondément, même si son milieu habituel l'enfermait dans son isolement. Avec l'hospitalisation se rompent les derniers liens avec un mode de vie encore partiellement actif et indépendant et le vieillard se trouve désemparé face à une routine quotidienne imposée et préétablie. Son lit, semblable à beaucoup d'autres, sa place à table, à distinguer parmi trente, deviennent des objets dénués d'individualité et de signification. D'autre part, il est subitement placé dans un groupe de malades étrangers avec lesquels il n'a pas les moyens de se familiariser; il se voit en eux et ce reflet en miroir de son propre état doit être extrêmement angoissant. Cette situation limite encore le besoin d'interaction du vieillard et renforce sa passivité.

C'est dans ce contexte que nous avons cherché à déterminer ce que deviennent les interactions entre les malades, quelle est l'ampleur et la dynamique de leurs contacts sociaux et sur quel mode se font les échanges entre eux.

L'activité sociale.

Dans notre étude, nous avons défini l'activité sociale par le nombre de contacts verbaux et non-verbaux que les malades établissaient entre elles. Nos résultats ont fait apparaître des classes statistiquement définies,

selon le critère de l'activité sociale. En effet, 11 malades établissaient un nombre de contacts positifs assez élevé pour être qualifiées d'expansives, tandis que 10 se distinguaient par un nombre d'initiatives de contact si bas qu'elles ont été définies comme réservées.

Il est évident que dans une population non-pathologique on trouve également des différences inter-individuelles quant à l'ampleur des échanges sociaux et c'est dans l'expérience de l'individu et dans sa personnalité profonde qu'il faut rechercher la source de ces différences. La même explication reste-t-elle valable pour le dément ? On pourrait penser que la désintégration qui atteint des fonctions multiples aura également une répercussion sur son activité sociale, une démentification avancée ayant pour corrolaire un retrécissement très marqué des interactions avec l'entourage. C'est cette question que nous voulions élucider en mettant en relation le niveau opératoire de chaque malade avec l'ampleur de son activité sociale. Nos résultats ont mis en évidence qu'à tous les niveaux on trouve des sujets expansifs, aussi bien que réservés. En effet, la malade qui a perdu la permanence de l'objet est une expansive. Il est clair que ce n'est pas le degré de démentification qui différencie les malades ayant encore des contacts sociaux relativement riches de celles aux contacts très appauvris. Il semble plutôt que la sociabilité se nourrit même dans la démence avancée d'une vie sociale antérieure qui a formé des habitudes dont certains résidus persisteraient encore; c'est la personnalité prémorbide qui continuerait à jouer un rôle important dans la vie sociale actuelle des malades. Malheureusement, il ne nous a pas été possible de recueillir dans le cadre de notre étude les renseignements qui nous auraient permis de vérifier cette hypothèse.

Si, comme nous venons de le dire, il n'y a pas de rapport entre le niveau opératoire d'une malade et l'ampleur de ses interactions sociales, il est cependant important de rappeler que les résultats ont mis en évidence une différence dans le mode de distribution des contacts suivant le niveau. Les sujets de meilleur niveau centraient leurs contacts sur un nombre plus limité de malades (plusieurs contacts étaient dirigés vers la même malade) tandis qu'aux plus bas niveaux les contacts se distribuaient entièrement au hasard. C'est donc quand la détérioration n'avait pas encore complètement affaibli les fonctions intellectuelles et mnésiques d'une malade que ses interactions semblaient témoigner d'une certaine discrimination qui l'amenait à préférer une malade plutôt qu'une autre.

Le statut dans le groupe.

Plaçons-nous maintenant du point de vue des contacts reçus, c'est-à-dire de la dynamique des interactions sociales, telle qu'elle s'exprimait à travers la répartition des contacts positifs entre différentes malades. Nous avons vu que la formation des classes selon le critère des contacts reçus (déterminant le statut de la malade dans le groupe) était moins nette que celle basée sur les initiatives de contact : nous n'avons trouvé que 7 sujets

qui pouvaient être caractérisés par des notes significatives, 4 populaires qui recevaient un nombre de contacts positifs élevé, 3 isolées qui en recevaient un nombre limité.

Nous avons souligné l'incapacité de la plupart des malades à discriminer parmi les membres de leur entourage et à éprouver une préférence continue pour une même personne. La gravité de leurs troubles intellectuels et mnésiques les empêchaient même souvent de reconnaître leur milieu humain et physique. Dans ces conditions il n'est pas surprenant de voir les contacts entre malades se distribuer presque entièrement au hasard. On pourrait considérer l'activité sociale comme l'expression d'un besoin d'interaction dont l'objet aurait perdu une grande partie de sa spécificité.

Cependant, la question se pose quand même de savoir pourquoi 4 malades — les populaires — recevaient un nombre significativement élevé de contacts positifs, alors que 3 autres — les isolées — en recevaient significativement peu. Notre problème est donc de relever les raisons qui motivaient la centration des contacts positifs sur certaines malades (les populaires) ainsi que les raisons qui contribuaient à en isoler d'autres (les isolées).

La mise en relation du statut des malades dans le groupe avec leur niveau opératoire a montré l'indépendance de ces deux facteurs. En outre, l'analyse des résultats n'a pas montré de relation entre le statut d'une malade et l'ampleur de son activité sociale. Nous avons donc cherché s'il y avait des caractéristiques personnelles qui expliqueraient le statut de populaire et d'isolée. On a trouvé que 3 parmi les 4 populaires présentaient des traits qui sont considérés comme sociaux : des attitudes d'amabilité, de gentillesse, d'entr'aide, un rapport facile avec autrui et une expression souvent souriante. Tandis que ces attitudes dites sociales étaient bien conservées, les verbalisations qui les accompagnaient avaient souvent perdu toute adéquation. Par exemple, lorsqu'on observait une de nos patientes en « conservation » avec une autre malade, toute son expression gestuelle et mimique était parfaitement adaptée à cette situation d'interaction. Ce n'est qu'à l'écoute de ses propos qu'on se rendait compte qu'il n'y avait plus de rapport ni entre le signifiant et la réalité qu'il tendait à signifier, ni entre le contenu du langage et les attitudes qui lui étaient concomitantes. Les caractéristiques qui semblaient être valorisées par les malades étaient donc de nature surtout affective et — comme on le voit d'après l'exemple cité — les éléments d'ordre intellectuel n'étaient que secondaires. Vu que le milieu hospitalier ne fournit à ces malades que peu d'attaches affectives, il est probable que ces attitudes ont essentiellement une valeur de sécurisation. Ceci expliquerait aussi, en partie, le statut privilégié du personnel infirmier, avec lequel presque tous les sujets prenaient plus facilement des initiatives de contact.

Si jusqu'ici nous avons tenté d'expliquer le statut des populaires par des caractéristiques personnelles qui prennent une valeur sécurisante aux yeux

des autres malades, il ne faudrait cependant pas négliger la possibilité d'une autre interprétation. Ces mêmes caractéristiques pourraient être considérées comme des signaux qui, même s'ils ne sont que très globalement reconnus, déclencheraient encore chez certaines malades des réactions. Tout se passerait comme si seuls ces quelques signaux à caractère social (l'amabilité, la gentillesse, etc.) avaient encore le pouvoir d'éveiller une réponse, alors qu'une multitude d'autres signaux laisseraient les malades totalement indifférentes. Il est évident que ces deux interprétations ne s'excluent pas mutuellement.

Prenons maintenant l'exemple d'une malade isolée qui présentait une personnalité autoritaire contrastant avec celle de toutes les autres patientes. Elle avait une nature querelleuse, brusque et dominante; le nombre relativement élevé de rejets qu'elle émettait traduisait son agressivité qui n'était qu'une des composantes de son attitude générale. Il est évident que son attitude n'aurait pas été appréciée même dans un groupe non-pathologique. Ceci est d'autant plus vrai pour notre population qui vit profondément cette attitude comme une menace.

On voit donc encore une fois que ce n'est pas l'activité sociale dans son aspect quantitatif qui joue un rôle décisif dans la détermination du statut du sujet dans le groupe.

C'est plutôt aux qualités personnelles des malades, à leur façon d'être et à leurs attitudes vis-à-vis d'autrui (ceux-ci se manifestant également dans leurs échanges sociaux) qu'il faut rattacher la cause de leur popularité ou de leur isolement.

Il semble cependant que d'autres facteurs puissent également influencer le statut des malades dans le groupe. C'est ainsi que nous trouvons parmi les trois isolées deux malades aveugles. Plusieurs auteurs (Libby, 1970, Fraiberg et Friedman, 1964, Rheingold, 1961) ont insisté sur la valeur communicative du regard, sur son importance dans la naissance et, plus particulièrement, la poursuite d'une interaction. Qu'arrive-t-il alors quand le contact à travers le regard ne peut pas s'établir ? Comme le souligne Robson (1967), la relation avec une personne aveugle provoque souvent un malaise intense qui empêche les formes les plus courantes de reconnaissance mutuelle et d'évaluation réciproque. La cécité gêne le développement de certaines réponses sociales, même élémentaires, qui relèvent du contact visuel direct. Dans notre étude, nous n'avons pas relevé les échanges visuels entre malades, leur interprétation nous paraissant sujette à caution. Cependant, dans la mesure où la cécité de deux malades semblait déterminer leur statut d'isolées, nous sommes porté à croire que même pour nos malades très détériorées le regard conserverait une valeur relationnelle certaine. L'importance du regard est particulièrement évidente lorsqu'on sait que les malades isolaient les patientes aveugles tout en ignorant leur trouble. En effet, bien qu'averties à plusieurs reprises de la cécité de ces deux malades, les autres ne s'en souvenaient jamais. Il semble donc que le regard serait un des pivots

de l'interaction et que son absence a constitué ici un obstacle au contact social.

C'est un facteur d'une autre sorte qui expliquerait le statut d'une populaire. Cette malade, isolée lors de notre étude préliminaire, est devenue un pôle d'attraction dans le groupe lorsqu'elle a reçu une poupée dont elle s'occupait toute la journée; elle la nourrissait, la lavait, la berçait, etc. Ces attitudes de soins s'accompagnaient souvent de verbalisations typiques d'une conversation courante entre mère et enfant. Tout se passait comme si la poupée se substituait à une vraie intimité avec un autre être humain et remplaçait les contacts sociaux que la malade ne savait plus entretenir. C'est dans le même sens que Morris (1971) dit :

« When we are badly in need of some kind of reassuring body contact, even an inanimate object will do... »

Par ailleurs, ce comportement peut aussi être rapproché de la relation que le petit enfant établit avec certains objets auxquels il s'attache spécifiquement et dont il ne se sépare plus. A défaut de contact avec la mère, lorsque celle-ci est absente, l'enfant traduit par ce comportement son effort actif et spontané de contact. C'est sous le nom d'objet transitionnel que Winnicott (1953) a décrit ces objets investis au cours de la deuxième année de la vie et qui deviennent une source de confort et de sécurité par association avec la présence de la mère.

On peut maintenant se demander quelle était la fonction supplémentaire de la poupée qui paraissait non seulement jouer un rôle sécurisant pour la malade, mais aussi constituer un intermédiaire dans l'interaction et éveiller l'intérêt et la curiosité de certaines malades et de ce fait les inciter au contact. En effet, dans la mesure où nous avons pu constater que notre malade, par ailleurs socialement passive et isolée, devenait, par le truchement de la poupée, un pôle d'attrait, nous avons distribué d'autres poupées à toutes les malades, afin d'observer leur comportement dans cette situation expérimentale. Nous avons mis en évidence le même effet chez la plupart d'entre elles. La poupée semblait être pour nos malades un stimulus d'interaction, elle avait une fonction de transition qui agissait dans un double sens : il y avait, d'une part, interaction entre malade et poupée et, d'autre part, ce qui est encore plus remarquable, généralisation de cette interaction à d'autres membres du groupe — il s'établissait alors un nouveau système d'interaction à trois.

Nous avons jusqu'ici tenté de montrer que malgré leur pouvoir discriminatif affaibli, les malades n'établissaient pas leurs contacts entièrement au hasard et que certains facteurs facilitaient ou inhibaient les prises de contact. Les trois facteurs que nous venons de relever (l'autorité, la cécité et la présence de la poupée) apparemment fort différents, ont néanmoins 3 points en commun :

- ils motivent tous les contacts surtout en fonction d'affects qu'ils éveillent chez les malades,

— ils paraissaient constituer un signal dont la signification était encore reconnue par les malades et qui déclenchait une réaction de leur part,

— dans la mesure où nos malades étaient atteintes de troubles mnésiques importants, ces facteurs ne motivaient les prises de contact que s'ils étaient constamment présents. Il était nécessaire que le stimulus qui déclenche ou inhibe les contacts soit renouvelé pour que ceux-ci s'établissent, se poursuivent ou réapparaissent.

Les contacts négatifs émis.

Nos résultats ont mis en évidence que seules 4 malades émettaient un nombre de rejets supérieur à 3. Nous avons vu que l'importance des rejets émis n'était pas en rapport direct avec l'ampleur des contacts positifs établis, mais que c'était au moment où l'activité sociale se réduisait fortement que son aspect négatif diminuait également. L'interprétation des différences individuelles concernant les rejets émis va dans le même sens que celle évoquée pour l'activité sociale. Nous supposons que chez nos malades les contacts négatifs, tout comme les positifs, étaient motivés par leur personnalité et tempérament. Ils pouvaient toutefois aussi constituer une réaction à des stimuli actuels (par exemple, des stéréotypies).

Les contacts négatifs reçus.

6 malades ont reçu un nombre de contacts négatifs supérieur à 3; pouvait-on, en conséquence, leur attribuer le statut de rejetées au sens sociométrique habituel ? Les critères relevés par différents auteurs (Kidd — 1951, Newcomb — 1948, Bastin — 1966) pour justifier le statut de rejeté, mettent clairement en évidence que nos malades ne répondaient que partiellement à ces critères et ne pouvaient pas être considérées comme de vraies rejetées. Ceci déjà parce qu'ici le statut de rejeté était déterminé sur la base d'un comportement et non d'un choix exprimé verbalement.

En outre, contrairement à ce qu'avance Bastin, qui dit que dans une population normale le sujet rejeté est souvent également un isolé, nous avons trouvé deux malades qui ont reçu un nombre élevé de rejets tout en étant populaires. Par ailleurs, nous n'avons pas constaté chez ces 6 sujets une activité sociale amoindrie, fait qui contredit lui aussi la description du rejeté. Seules l'explication de Kidd qui insiste sur l'importance primordiale de certains traits de caractère, et celle de Newcomb qui parle plus particulièrement de l'agressivité, nous paraissent traduire une réalité applicable à notre population. Nos résultats ont mis en évidence qu'un comportement agressif ou opposant semblait jouer un rôle dans le nombre élevé de rejets reçus par deux de nos malades. Mais ce résultat, qui suggérerait l'existence d'un rapport entre le taux des rejets émis et celui des rejets reçus, est à nuancer : une malade dont le comportement autoritaire s'accompagnait d'une agressivité considérable, n'était pas l'objet d'un nombre élevé de rejets — comme on

aurait pu s'y attendre — elle était, par contre, isolée. Nous avons donc constaté que l'angoisse provoquée par un comportement agressif ou autoritaire pouvait, chez certaines malades inhiber l'activité sociale envers le sujet agressif, et chez d'autres, prendre une forme plus active et les inciter au rejet.

En outre, nous avons observé que chez deux malades leur comportement stéréotypé accompagné d'un bruit irritait les autres patientes au point de devenir cause de rejets. Habituellement les stéréotypies motrices ne dérangent pas les autres malades. Le frottement des mains, les mouvements de la tête ou du tronc, par exemple, que l'on relevait chez plusieurs sujets, n'entraînaient aucune réaction de la part des autres; par contre, les mouvements des pieds d'une malade qui tapait bruyamment et répétitivement par terre et appelait d'une voix perçante son mari défunt, lui attirait un grand nombre de rejets. De même, une autre patiente, qui errait dans la salle en suçant bruyamment ses doigts, était l'objet de remarques hostiles de la part de son entourage et parfois même elle recevait des coups. Il est difficile de déterminer si c'était l'élément bruit qui provoquait les rejets ou si cette activité était si aberrante que même nos malades y réagissaient de manière négative.

En résumé, on sait que nos sujets avaient une gamme de réactions extrêmement réduite et, comme on l'a vu, ne réagissaient souvent plus à certaines situations et stimuli qui entraîneraient couramment des rejets. Mais, néanmoins, tout se passait comme si elles restaient sensibilisées à quelques stimuli spécifiques et y réagissaient par des impulsions de rejets.

Les réponses immédiates aux contacts.

La signification des réponses données aux initiatives de contact a pris dans cette étude une importance plus grande, dans la mesure où ces réponses traduisaient le seul et unique aspect de réciprocité des relations. Puisque nos patientes ne pouvaient plus exprimer de vraies préférences l'une pour l'autre, l'existence de réciprocités véritables était du même coup exclue. Toutefois, le terme d'interaction suppose l'existence de deux pôles entre lesquels la relation se déroule et c'est par la réaction d'une malade à l'initiative de contact de la part d'une autre que se manifeste la réciprocité dans l'interaction. Si nous avons pu constater que les expansives répondaient *grosso modo* à tous les contacts qui s'adressaient à elles, ceci n'a rien de surprenant, car ces malades se définissaient par leur activité sociale plus ample et plus variée. Les réservées, par contre, plus apragmatiques, ne répondaient pas toujours aux initiatives de contact dirigées vers elles.

Le mode des contacts, verbal et non-verbal.

Nous avons constaté, à partir des sociogrammes individuels, que chez les réservées les contacts non-verbaux étaient plus importants — par rapport au nombre total des contacts — que chez les expansives. Il est ressorti

de ces résultats qu'au moment où les interactions avec l'entourage diminuaient, c'est essentiellement les contacts verbaux qui étaient réduits, alors que les non-verbaux persistaient encore. Nous essayerons par la suite de voir quels étaient les comportements qui servaient plus spécifiquement à l'interaction.

Les comportements et leur signification dans le contexte de l'interaction.

Nous allons maintenant discuter successivement les différents comportements qui se sont avérés être significatifs, déterminer s'ils avaient une valeur en tant que moyens d'interaction et, dans l'affirmative, voir dans quel sens ils intervenaient dans la relation.

Le sourire.

Le sourire est le seul comportement qui différenciait d'une façon nette nos quatre classes. Il distinguait, par une fréquence plus élevée chez les expansives, celles-ci des réservées et, fait remarquable, il distinguait de la même manière, les populaires des isolées. C'était par ailleurs le comportement le moins fréquemment observé chez les isolées. Vu sa fonction distinctive, le sourire semble être une des composantes essentielles de l'activité sociale, ainsi qu'une caractéristique individuelle importante qui, parmi d'autres, déterminait le statut des malades dans le groupe.

On a retrouvé dans les comportements de nos malades les aspects et fonctions du sourire relevés par différents auteurs chez le bébé. Le sourire a un aspect relationnel évident qui se manifestait dans les interactions entre les malades, dans celles avec le personnel infirmier et même à l'occasion de la rencontre avec la poupée. On a remarqué, par exemple, que le sourire intervenaient comme réponse à un contact verbal ou non verbal, qu'il pouvait accompagner la parole ou servir de réponse non verbale en soi; il était, en outre, ce qui nous semble très important, un des moyens pour entrer en contact avec autrui ou pour maintenir ce contact. Par ailleurs, le comportement de certaines malades face à la poupée, rappelait à plusieurs égard le dialogue entre mère et enfant : La poupée était vécue par plusieurs de nos malades comme un enfant qu'on soigne et avec lequel on communique. Nous avons observé que les patientes tout en tenant tendrement la poupée, lui souriaient à maintes reprises. D'autre part, à l'occasion des visites, le sourire des malades adressé à leurs familles ou amis semblait avoir non seulement une fonction relationnelle, mais également traduire un sentiment profond de contentement et de bien-être. On comprend aisément que chez les malades dont l'activité sociale était mieux conservée (les expansives) le sourire apparaissait plus fréquemment et qu'il constituait un des éléments générateurs et de support de l'interaction. Les expansives (comme toutes les malades d'ailleurs) dont les moyens de communication étaient forte-

ment réduits, du fait de leur atteinte démentielle, continuaient néanmoins à utiliser le sourire dans leurs interactions. Cependant, quand le champ des interactions se rétrécissait au minimum, comme c'est le cas des réservées, le sourire qui intervient pourtant si précocément dans la vie relationnelle, tendait à disparaître⁶. On l'observait toutefois encore à de rares occasions lors de la visite des familles. Cette situation semblait avoir une signification très profonde et personnelle pour la malade et elle y réagissait par le sourire, mode d'expression par ailleurs presque plus utilisé.

Quant à l'influence du sourire sur le statut des malades dans le groupe, on a pu se rendre compte que l'expression souriante des populaires était un des éléments qui semblait leur attirer des contacts positifs de leur entourage. On peut alors supposer que l'absence presque totale du sourire chez certaines malades contribuait à leur isolement.

L'expression verbale spontanée.

Nos résultats ont mis en évidence que :

— l'expression verbale était un des comportements les plus fréquemment observés chez les expansives,

— elle différenciait les expansives des réservées par sa fréquence élevée chez les premières,

— c'est au meilleur niveau que l'expression verbale spontanée et les réponses verbales à autrui apparaissaient avec la fréquence la plus élevée.

Dans la mesure où l'utilisation du langage, impliquant la fonction symbolique, fait intervenir des instruments cognitifs complexes, on comprend que c'est au meilleur niveau que les malades maîtrisaient mieux le langage, moyen de communication à forte composante cognitive.

Nous avons, par ailleurs, pu constater qu'il n'y avait pas de rapport entre l'ampleur de l'activité sociale des malades et leur niveau opératoire, c'est-à-dire qu'on trouvait des expansives et des réservées à tous les niveaux. Le problème était alors d'expliquer pourquoi c'était encore l'expression verbale qui opérait une différenciation, cette fois-ci entre expansives et réservées.

Décrivons, dans ce but, quand et comment nos malades s'exprimaient verbalement : on les a observées échangeant des messages simples, posant des questions, exprimant leurs désirs et besoins affectifs ou répondant à des stimuli par des paroles courantes, adaptées plus ou moins à la situation. Dans ces cas, il s'agissait presque toujours d'un « monologue à deux » qui se référait essentiellement à des besoins primaires et très personnels de la patiente. D'autre part, on a relevé qu'en situation d'interaction, quand une réciprocité des points de vue et une compréhension d'autrui étaient indispensables, le contenu linguistique des énoncés n'était souvent ni cohérent ni adapté à la réalité. Si, dans ces cas, les fondements cognitifs de la commu-

nication n'étaient plus présents, la forme sociale de l'acte de communication persistait néanmoins. En effet, la composante cognitive du langage ne constitue qu'un de ses aspects; le langage peut, en outre, avoir une fonction purement sociale et, de façon plus primitive, servir simplement à perpétuer un contact. C'est alors que, malgré l'absence de signification objective du discours, celui-ci semblait continuer à remplir un rôle dans la relation entre deux malades. Citons à cet égard l'exemple instructif d'une malade dont la détérioration était une des plus marquées et qui, de ce fait, n'avait d'autres moyens d'expression verbale que des vocalisations mono-syllabiques, tels que ba-ba et da-da. Cette patiente restait toutefois socialement très active (c'était une expansive) et utilisait son « langage » au cours d'interactions prolongées avec les autres malades, en nuancant la mélodie de son « discours » en fonction de ses émotions et peut-être même de la situation extérieure. Cette « conversation » irrationnelle et affective semblait créer un climat de plaisir réciproque entre elle et sa partenaire, fait que l'on peut rapprocher de ce qu'on observe chez l'enfant avant l'apparition du langage.

On peut maintenant répondre à notre question de départ qui était de savoir comment l'expression verbale qui différenciait les sujets du meilleur niveau de ceux des niveaux inférieurs, différenciait également les expansives des réservées, alors que nos résultats ont mis en évidence qu'il n'existait pas de rapport entre l'activité sociale et le niveau opératoire des sujets. L'expression verbale repose, comme on l'a dit, sur l'utilisation d'instruments cognitifs complexes. C'était donc uniquement au meilleur niveau que les malades avaient encore recours à ce mode de communication, dans la mesure où elles restaient capables de maîtriser ces instruments. D'autre part, pour expliquer que les expansives même aux bas niveaux, utilisaient plus fréquemment le langage que les réservées, nous avons fait intervenir la notion d'un langage à fonction surtout sociale et affective, et non cognitive. En effet, il nous semble que le besoin d'activité sociale des expansives était assez puissant pour leur permettre de remplacer le langage objectif et adapté, qu'elles avaient perdu, par des verbalisations conventionnelles et automatisées dont la signification n'était pas adéquate. Chez les réservées, par contre, l'appauvrissement des initiatives sociales englobait, entre autres, un rétrécissement de l'expression verbale.

Le contact corporel avec autrui.

Rappelons tout d'abord qu'au moment où nous nous sommes proposé d'étudier tous les comportements encore observables chez les malades, nous les avons relevés sans prédétermination aucune quant à leur valeur dans l'interaction. Si nous avons procédé ainsi, c'est qu'on ne peut pas juger de la signification d'un comportement hors du contexte dans lequel il se déroule. Seul le contact corporel avec autrui a fait exception et sa valeur relationnelle ressortait d'emblée, puisqu'il est intrinséquement un mode d'interaction avec autrui.

Voyons d'abord quels étaient les contacts corporels que l'on a pu observer dans notre population. Nous en avons différencié quatre sortes :

— Le geste le plus fréquemment observé était celui de poser la main sur l'épaule d'autrui. Ce geste semblait traduire un sentiment amical momentané de la part d'une patiente et, habituellement, n'aboutissait pas à une interaction plus prolongée.

— On a pu voir 2 malades se promener bras dessus-dessous ou se tenir par la main. Ceci représentait un des rares contacts mutuels qui engageait véritablement 2 malades, même si l'initiative du contact avait au début été prise par l'une d'elles.

— A de rares occasions on voyait une malade embrasser une autre. Il s'agissait là probablement de fausses reconnaissances, comme si la malade qui entreprenait ce contact exprimait sa joie de revoir quelqu'un qui lui était cher.

— Parfois on voyait une malade serrer la main à une autre, geste qui était presque toujours rendu. Ceci pouvait se produire également lorsqu'une malade, passant très près d'une autre, croyait la reconnaître et lui serrait alors la main, souvent en l'appelant par le nom d'une de ses connaissances antérieures. C'était aussi au moment des adieux que ce geste pouvait être répété.

Nos résultats ont montré que :

— Le contact corporel avec autrui était le comportement le moins fréquent chez les isolées, de même que chez les expansives.

— Par contre, l'analyse interclasse a révélé que ce comportement différenciait les expansives des réservées par une fréquence plus élevée chez les premières. Ce dernier résultat pouvait nous étonner, puisque ce comportement peu fréquent chez les expansives, a quand même différencié cette classe de celle des réservées.

Le contact corporel est un mode de relation très élémentaire qui peut intervenir dans une grande mesure comme élément sécurisant dans les échanges avec autrui. Si le petit enfant utilise souvent et spontanément ce mode de contact avec son milieu, notre culture reprime ces manifestations émotionnelles qu'elle juge inadéquates pour l'adulte (Morris, 1971). Ainsi, l'existence de conventions sociales pourrait expliquer le fait que dans notre culture les contacts corporels, hormis entre familiers, sont généralement très réduits et se limitent presque entièrement à des serremments de mains; ceux-ci auraient, au cours des âges, perdu une grande partie de leur valeur relationnelle originelle qui était plus profonde et durable. Quand aux autres mouvements de contact corporel, ils ne représentent qu'une fragmentation d'un geste autrefois très expressif. Si donc tous les comportements de contact corporel étaient peu représentés chez les expansives comme chez les iso-

lées, on peut penser que c'est parce que l'impact de certains impératifs sociaux continuerait à se faire sentir même au niveau de notre population pathologique.

Il restait à savoir pourquoi ce comportement de contact corporel avec autrui, malgré sa fréquence si réduite chez les expansives, a néanmoins constitué un facteur de différenciation entre celles-ci et les réservées. Or, comme on vient de le souligner, si les manifestations de ce comportement sont inhibées par certaines interdictions sociales, il reste toutefois vrai que leur pouvoir relationnel et social était assez grand pour permettre de marquer la différence entre la classe des expansives et celle des réservées.

Les mouvements de la tête.

Ce sont les mouvements de la tête qui se sont avérés les plus fréquents chez les expansives. En observant nos malades, nous avons noté que ces mouvements pouvaient être aussi bien en rapport avec un événement extérieur qu'indépendants de tout stimulus apparent. Nous avons remarqué, par exemple, que les malades tournaient la tête au passage d'une personne ou vers la source d'un bruit; d'autre part, on a également relevé des mouvements de la tête latéraux ou de rotation qui ne semblaient pas être déclenchés par une cause extérieure, mais qui pourraient être attribués à un besoin de stimulation venant du corps propre. Cutsforth (1951), dans une étude sur les enfants aveugles, a observé les mêmes mouvements de rotation de la tête et les a interprétés dans le même sens. Les mouvements liés à un stimulus externe étaient toutefois beaucoup plus fréquents.

Tout se passait comme si chez nos malades, dont les possibilités de déplacement étaient fortement réduites, les mouvements de la tête remplaçaient un mode de réaction plus actif. Dans la mesure où elles avaient de la peine à aller vers les choses, ces mouvements témoignaient de leur intérêt et de leur participation — si lointaine et passifs qu'ils soient — aux activités de leur entourage. Ainsi, il nous semble que ce comportement, qui traduirait la curiosité du sujet, son ouverture vers le monde extérieur, serait une des composantes de son activité générale, l'aspect social et relationnel de cette activité étant, dans ce cas, évident. Etant donné cette valeur relationnelle de certains mouvements de la tête, la fréquence plus élevée de ce comportement chez les expansives n'a rien de surprenant. En effet, les expansives qui sont, par définition, les sujets aux contacts sociaux les plus riches, se différenciaient des autres malades non seulement par l'ampleur de leurs interactions, mais également par le mode sur lequel se faisait ces échanges. Ainsi, c'est par toute une gamme de comportements, des plus aux moins actifs, que les expansives participaient à la vie de leur entourage et interagissaient avec lui. Dans cette optique, les mouvements de la tête constituaient un des modes de l'interaction sociale, où la participation du sujet n'exigeait qu'un minimum de dépense énergétique.

Si ce comportement s'est avéré très fréquent chez les expansives, on l'a néanmoins trouvé également chez les réservées, où il n'atteignait toutefois pas le seuil significatif. C'est par ce moyen d'interaction qui impliquait le moindre effort de leur part, que probablement les réservées continuaient à témoigner de leur intérêt, si tenu soit-il, pour leur entourage.

Les mouvements de la main vers le corps propre.

La catégorie des mouvements de la main vers le corps propre comprend non seulement les mouvements de manipulation du corps, mais également ceux de manipulation des vêtements. Nos résultats ont mis en évidence que ces comportements étaient le plus fréquemment observés chez les réservées. En effet, chez certaines de ces malades, les mouvements de la main vers le corps propre étaient si abondants que nous avions de la peine à déterminer s'il s'agissait d'une activité stéréotypée et, par conséquent, difficilement quantifiable, ou bien d'un comportement dont les unités successives pouvaient encore être relevées numériquement. Ainsi, s'il nous était encore possible de compter le nombre de ces mouvements au cours d'une période d'observation individuelle, nous les avons alors traité, à l'égal de tous les autres comportements.

En ce qui concerne leur signification, ces comportements peuvent être mis en relation avec les mouvements stéréotypés des mains observés chez les enfants autistiques (De Lannoy et Al., 1969), chez lesquels le dérèglement de la communication est interprété par beaucoup d'auteurs comme consécutif à une angoisse immense; c'est alors par le retrait autistique que l'enfant cherche à se sécuriser et les mouvements de la main vers le corps propre semblent remplir une fonction d'apaisement de l'angoisse. D'autre part, dans la mesure où l'enfant autistique s'enferme dans son monde et évite toute stimulation venant de l'extérieur, ces mouvements peuvent être vus comme une recherche d'autostimulation. Ainsi, contrairement aux comportements traités jusqu'ici qui servaient dans diverses mesures à établir ou à maintenir des relations avec le monde extérieur, les mouvements de la main vers le corps propre ne paraissaient pas avoir de fonction relationnelle et sembleraient remplir le vide laissé par l'absence de contact avec autrui.

Il nous paraît intéressant d'ajouter qu'alors que les mouvements de la main vers le corps propre caractérisaient les réservées, les mouvements de la main vers l'extérieur et ceux dirigés vers un objet se rencontraient plus fréquemment chez les expansives. On voit donc que l'opposition du déroulement de ces mouvements dans l'espace, les uns ouverts au monde, les autres dirigés vers soi, pourraient avoir une signification plus profonde : tout se passe comme si l'interaction prenait ici une dimension spatiale.

V. — CONCLUSION

Le dément hospitalisé présente un tableau où les caractéristiques communes à toutes les personnes âgées se voient aggravées et doublées de déficits multiples. Au ralentissement général du vieillard qui marche, pense et parle lentement et dont les investissements affectifs et la vie sociale dans son ensemble sont fortement limités, s'ajoutent chez le dément un affaiblissement intellectuel et mnésique avec désorientation spatio-temporelle, ainsi que des troubles moteurs, praxiques et du langage. Arraché à son milieu habituel et placé dans un entourage physique et humain inconnu et qu'il ne peut maîtriser, le malade se voit dévalorisé, humilié et totalement désécurisé.

Dans ce contexte, où les troubles objectifs du malade se greffent sur sa personnalité émotionnellement ébranlée, ses échanges sociaux prennent un aspect tout particulier. Handicapé dans sa perception du monde extérieur et incapable, par conséquent, de porter des jugements, voire de marquer des préférences, le malade, dans ses interactions avec autrui, manifeste plutôt son besoin d'activité sociale qu'une attraction réelle pour un autre malade. C'est ainsi que la plupart de nos sujets ne dirigeaient presque jamais leurs contacts de façon répétée vers les mêmes malades. S'il nous a été impossible de vérifier, au cours de la présente étude, l'hypothèse selon laquelle la sociabilité actuelle du dément est fonction de la richesse de sa vie sociale antérieure, qui elle est en rapport avec son expérience et sa personnalité de base, nous avons néanmoins pu constater que, tout comme dans une population non-pathologique, l'activité sociale du dément variait, dans son ampleur, de façon individuelle, indépendamment du degré de détérioration du sujet. Nous avons ainsi trouvé des malades socialement très actives, mais d'un niveau intellectuel très bas et inversement d'autres d'un mieux conservé dont le champ des interactions était très réduit.

Nous avons constaté que tous nos sujets ne se servaient que de moyens très élémentaires et primitifs pour entrer en relation avec leur entourage. Les malades aux contacts nombreux, les expansives, ont eu recours à toute une gamme de comportements (l'expression verbale, le sourire et les mouvements de la tête) qui servaient à la relation et satisfaisaient ainsi leur besoin d'interaction; en plus, et ceci nous semble remarquable, elles adaptaient ce moyen complexe de communication qu'est l'expression verbale, à leur besoin d'échanges sociaux, tout en ne l'utilisant que de façon simplifiée. Ainsi, lorsqu'une expansive se servait du langage, mode de communication complexe et à composante cognitive prédominante, elle le faisait à sa manière, négligeant le contenu du langage pour ne garder que son aspect affectif.

Par ailleurs, il s'est avéré qu'au moment où la sphère des relations avec l'entourage se rétrécissait fortement, comme c'est le cas chez les

réservées, c'étaient essentiellement les comportements verbaux, même dans leur forme simplifiée, qui tendaient à disparaître. Ainsi, chez les réservées qui se manifestaient surtout par des comportements à but non relationnel (les mouvements de la main vers le corps propre), les quelques échanges encore observés s'effectuaient sur le mode non verbal. On a finalement relevé que la diminution des interactions concernait tous les échanges, les réservées limitant aussi bien leurs contacts positifs que négatifs.

En résumé, si nos malades se sont bien différenciées suivant l'ampleur de leurs échanges sociaux, elles se sont aussi distinguées par leurs comportements, les expansives adaptant tout moyen possible, verbal ou non-verbal, à l'interaction, les réservées se contentant d'un emploi minimum de comportements à fonction relationnelle et se caractérisant essentiellement par un comportement à but non relationnel. En outre, nous avons mis en évidence que le pouvoir amoindri de discrimination de nos malades entravait le choix d'un objet bien différencié de contact. Toutefois, nous avons tenté de dégager l'existence de certaines valeurs et signaux spécifiques auxquels les malades semblaient rester sensibles et qui les incitaient au contact ou, au contraire, inhibaient celui-ci. Dans la mesure où nos malades vivaient dans un état de désécurisation permanente, ayant perdu pour la plupart leur cadre de référence familial, ainsi que presque tous leurs moyens d'action sur la réalité, nous croyons que leur réaction à certaines valeurs était en grande partie dépendante de l'effet sécurisant ou, au contraire, angoissant de celle-ci. Dans cette population pathologique, où le manque de réaction est presque de règle, l'effet positif évident de certaines attitudes nous incite à croire que c'est essentiellement en entourant le dément d'une atmosphère agréable et sécurisante et en créant des conditions favorables à l'interaction, que l'on pourrait mettre un frein à ses désinvestissements et stimuler toute son activité sociale.

*Aviva S. Luke, Psychologue à la Clinique Psychiatrique de Bel-Air,
1225, Chêne-Bourg, Genève (Suisse)*

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA J. de, REY BELLET-MULLER M., TISSOT R. — A propos de quelques problèmes posés par le déficit opératoire de vieillards atteints de démence dégénérative en début d'évolution. *Cortex*, vol. I, 1964.
- AJURIAGUERRA J. de, GAINOTTI J., TISSOT R. — Le comportement de déments de grand âge face à l'échec ou à un risque d'échec. *Journal de Psychologie*, 1966.
- AJURIAGUERRA J. de, MULLER M., TISSOT R. — A propos de quelques problèmes posés par l'apraxie dans les démences. *Encéphale*, n° 5, 1960.
- AJURIAGUERRA J. de, RICHARD J., RODRIGUEZ R., TISSOT R. — Quelques aspects de la désintégration des praxies idéomotrices dans les démences du grand âge. *Cortex*, vol. II, 1966.

- AJURIAGUERRA J., REGO A., TISSOT R. — Le réflexe oral et quelques activités orales dans le syndrome démentiel du grand âge. *Encéphale*, n° 3, 1963.
- AJURIAGUERRA J. de, GAUTHIER G. — Etude de la désorganisation motrice dans un groupe de déments séniles « alzheimerisés ». *Médecine et Hygiène*, n° 640, 1964.
- AJURIAGUERRA J. de, REGO A., RICHARD J., TISSOT R. — De quelques aspects des troubles de l'habillage dans les démences tardives dégénératives ou à lésions vasculaires diffuses. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 2, 1967.
- AJURIAGUERRA J. de, REGO A., TISSOT R. — Activités motrices stéréotypées dans les démences du grand âge. *Annales Médico-Psychologiques*, tome I, n° 5, 1963.
- AJURIAGUERRA J. de, KLUSER J.P., VELGHE J., TISSOT R. — Praxies idéatoires et permanence de l'objet. *Psychiat. et Neurol.*, 150, 1965.
- AJURIAGUERRA J. de, BOEHME M., RICHARD J., SINCLAIR H., TISSOT R. — Désintégration des notions de temps dans les démences dégénératives du grand âge. *Encéphale*, n° 5, 1967.
- AJURIAGUERRA J. de, STREJLEVITCH M., TISSOT R. — A propos de quelques conduites devant le miroir de sujets atteints de syndromes démentiels du grand âge. *Neuropsychologia*, 1963, vol. I.
- AJURIAGUERRA J. de. — La fonction du regard. *Colloques de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*, 1971.
- AJURIAGUERRA J. de, DIAS CORDEIRO J., STEEB U., FOT K., TISSOT R. — A propos de la désintégration des capacités d'anticipation des déments dégénératifs du grand âge. *Neuropsychologia*, 1969, a., 7.
- AJURIAGUERRA J. de, STEEB U., RICHARD J., TISSOT R. — Processus d'induction dans les démences dégénératives du grand âge. *Encéphale*, 3, 1970.
- AJURIAGUERRA J. de. — *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson et Co., Paris, 1970.
- AJURIAGUERRA J. de, REGO A., RICHARD J., TISSOT R. — Psychologie et psychométrie du vieillard. *Confrontations Psychiatriques*, n° 5, 1970.
- AJURIAGUERRA J. de, GARCIA BADARACO (J.). — Contribution à l'étude des désorganisations conjointes de la parole et du mouvement. *Encéphale*, n° 4, 1955.
- BALES R.F. — *Interaction Process Analysis in Small Groups*. (Hare, Borgatta et Bales) Knopf, N.Y., 1955).
- BASTIN G. — *Les techniques sociométriques*, P.U.F., 1966.
- BEAUVOIR S. de. — *La vieillesse*, Gallimard, 1970.
- BINET L. — P.U.F., *Gérontologie et gériatrie*, 1961.
- BIRDWHISTELL R.L. — La communication non verbale. *L'Aventure Humaine* V, 1969.
- BIRREN J.E. — *Handbook of aging and the individual psychological and biological aspects*. University of Chicago Press, 1959.
- BOEHME M. — Contribution à l'étude de la désintégration de l'opérativité au grand âge. *Thèse de l'Institut*, 1967.
- BOGAERT L. van. — Sur la pathologie de l'image de soi. *Ann. Méd. Psych.*, 2, 1934.
- BOWLBY J. — The nature of the child's tie to his mother. *Int. Journal of Psychoanalysis*, 39, 1958.
- BRUDNO J., SELTZER H. — Resocialization therapy through group process with senile patients in a geriatric hospital, *Gerontologist*, 8, 1968.

- BRUNER Ch., TAGUIRI R. — The perception of people in *Handbook of Social Psychology*, Cambridge Mass. Addison Wesley, 1954.
- BUHLER Ch., HETZER H., TUDOR-HART B. — *Soziologische und psychologische Studien über das erste Lebensjahr*. G. Fischer, Iena, 1927.
- BURNAND Y., RICHARD J., TISSOT R., AJURIAGUERRA J. de. — Nature du déficit opératoire des vieillards atteints de démence dégénérative. *Encéphale*, 1972, n° 1.
- CHAPPLE E. D., COON C. S. — The equilibrium of groups. in *Small Groups*, Knopf, N.Y., 1955.
- CHOWN S. S., RIEGEL K. F. — Psychological Functioning in the normal aging and senile aged. In *Interdisciplinary topics in Gerontology*, S. Karger, 1968.
- COOLEY Ch. — Primary groups. In *Small Groups*, Knopf, N.Y., 1955.
- COWDREY E.V. — The care of the geriatric patient. *The C.V. Mosby Company*, St Louis, 1963.
- COWDREY E. V. — *Problems of aging*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1942.
- CUMMINGS J., APPLEBY, SCHER. — Chronic Schizophrenia. *The Free Press of Glencoe*, Illinois, 1960.
- CUTSFORTH T.D. — The blind in school and society. N.Y. *American Society for the blind*, 1951.
- DITTMAN A. T., PARLOFF M. B., BOOMER D.S. — Facial and bodily expression : a study of receptivity of emotional cues. *Psychiatry*, vol. 28, 1965.
- EKMAN P. — Differential Communication of affect by by head and body cues. *Journal of Personality and social Psychology*, Vol. II, n° 5, 1965.
- EKMAN P., FRIESEN W.V. — Head and body cues in the judgment of emotion : a reformulation. *Perceptual and Motor Skills*, Southern Univ. Press, 24, 1967.
- EKMAN P., FRIESEN W.V. — The repertoire of non verbal behaviour : categories, origins, usage and coding. *Semiotica*, I, 1969)
- EIBL-EIBESFELDT I. — *Liebe und Hass*. R. Piper & Co. Verlag, München, 1970.
- FAST J. — Body Language. *Pan Books Ltd.*, London 1971.
- FERGUSON C. K., KELLY H. H. — Significant factors in over-evaluation of own groups product. *J. of Abnormal Social Psychology*, 1969.
- FESTINGER L. — A theory of Social Comparison Processes, in *Small Groups*, Knopf, N.Y., 1955.
- FESTINGER L. et Al. — Theory and experiment in social communication. *Ann Arbor Institute for Social Research Un.v. of Michigan*, 1950.
- FOLSOM J. — Attitude therapy and the team approach. *Mental Hospitals*, 1965.
- FRAIBERG S., FRIEDMAN D. A. — Studies in the ego development of the congenitally blind child. *Psychoanal. Study of the child*, 19, 1964.
- FRAISSE P., PIAGET J. — *Traité de psychologie expérimentale Psychologie sociale* P.U.F., 1965.
- GARRONE G. — Les problèmes psycho-sociaux posés par la sénilité. *Méd. et Hyg.*, n° 599, 1963.
- GOFFMAN E. — *Asiles*. Les Editions de Minuit, 1968.
- GOFFMAN E. — Interpersonal persuasion in group processes. In *Group Processes*, Vol. III, ed. Shaffner N.Y. 1957.
- GRANICK S. — Studies of the psychology of sensibility. *Journal of Gerontology*, Vol. 5, 1950.

- GREIMAS A.-J. — *Langages pratiques et langages gestuels*. Didier-Larousse, Paris, Juin 1968.
- HARE A. P., BORGATTA J., BALES R. F. — *Small groups*. Knopf, N.Y., 1965.
- HECAEN H., AJURIAGUERRA J. de — *Méconnaissance et hallucinations corporelles*. Masson, Paris, 1952.
- HEIDER R. — *The psychology of interpersonal relations*. N.Y. Wiley, 1958.
- HEIMANN H., SPOERRI Th. — Das Ausdruckssyndrom der mimischen Desintegration bei chronischen Schizophrenen. *Schweiz. Med. Wochenschrift*, 1957.
- HEIMANN H. — Das Ausdrucksphänomenologie. *Psych. et Neurol* Basel, 134, 1957.
- ISSACS S. — *Social development in young children*. Routledge, London, 1933.
- JENNINGS H. — *Leadership and isolation*. Longmans Green & Co., N.Y., 1950.
- JUNOD J.-P. — L'hospitalisation des personnes âgées en milieu psychiatrique. *Méd. et Hyg.*, 22, 1964.
- KIDD J. W. — An analysis of social rejection in a college men's residence hall. *Sociometry*, 14, 1951.
- KLAGES L. — *Grundlegung der Wissenschaft vom Ausdruck*. Leipzig, 1942.
- KLINEBERG O. — *Psychologie sociale*, Tome II. P.U.F., 1959.
- LANNON J. de, TERWAGNE A. de. — Essai d'analyse motivationnelle de mouvements spontanés chez l'adolescent. *Psych. Belg.*, IX-2, 1969.
- LEBOVICI S. — La relation objectale chez l'enfant. In Vol. III, Fasc. I, *Psychiatrie de l'enfant*, P.U.F., 1960.
- LEWIN K.A. — Frontiers in group dynamics. *Human Relations*, I, 1948.
- LEWIN K. — *Resolving social conflicts*, N.Y. Harper, 1948.
- LIBBY W.L. — Eye contact and direction of looking as stable individual differences. *Journal of Experimental Research in Personality*, vol. 4, n° 4, oct. 1970.
- LORENZ K. — *On aggression*. N.Y. Harcourt-Brace, 1956.
- MAISONNEUVE J. — Contribution aux recherches sur les sélections réciproques. *Bulletin de Psychologie*, 1955, 7-8.
- MONTMOLLIN G. — L'interaction sociale dans les petits groupes. *Traité de psychologie expérimentale*, IX, P.U.F., 1965.
- MORENO J. L. — *Fondement de la sociométrie*. P.U.F., 1954.
- MORRIS D. — *The naked ape*. Jonathan Cape, London, 1967.
- MORRIS D. — *Intimate behaviour*. Jonathan Cape, London, 1971.
- MOUNIN G. — *Clefs pour la linguistique*. Editions Seghers, Paris, 1968.
- MUELLER Ch., CIOMPI L. — *Senile Dementia*. Bern, Huber, 1968.
- MEYRAT G. — Recherches sur les troubles de la mémoire dans les affections mentales démentielles séniles. *Revue mensuelle de Psych. et de Neurol.*, Vol. 109 n° I, 1944.
- MULLER M. — Apport de certaines épreuves psychologiques à l'étude de la désintégration sénile. *Méd. et Hyg.*, 19, 1961.
- NEWCOMB T. M. — Autistic hostility and social reality. *Human Relations*, I, 1948.
- PIAGET J., INHELDER B. — *Le développement des quantités physiques chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, 1962.
- PIAGET J. — *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, 1963.

- PIAGET J. — Essai sur la théorie des valeurs qualitatives en sociologie statique. *Etudes Economiques et Sociales*, Georg & Cie SA, Genève, 1941.
- PLOOG D. — Verhaltensforschung und Psychiatrie. *Psychiatrie der Gegenwart*, Band. 1/1B, Springer Verlag, 1964.
- POLLAK O. — Social adjustment in old age. *Social Science Research Council*, New-York, 1948.
- POST F. — *The significance of affective symptoms in old age*. Oxford University Press, 1962.
- POST F. — The clinical psychiatry of late life. *Pergamon Press*, Oxford, 1965.
- RABBIE J., HORWITZ M. — Arousal of ingroup-outgroup bias by a chance win or loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 13, n° 3, 1969.
- RABBIE J., WILKINS G. — Intergroup competition and its effect in intragroup and intergroup relations. *European Journal of Social Psychology*, I (2).
- REYMOND-RIVIER B. — *Choix sociométrique et motivations*. Delachaux et Niestlé, 1961.
- REYMOND-RIVIER B. — *Le Développement social de l'enfant et de l'adolescent*. Ch. Dessart, Bruxelles, 1965.
- RHEINGOLD H. L. — The effect of environmental stimulation upon social and exploratory behavior in human infants. *Determinants of infant behavior*, Vol. I, 1961.
- RICHARD J. — Démences séniles et comportement. *Fortbildungskurse schweiz. Ges. Psych.*, Vol. 4, Karger, Basel, 1971.
- RICHARD J. — Désintégration de la notion de temps dans la démence dégénérative du grand âge. 3^e symposium de Bel-Air, 1967.
- RICHARD J. — A propos de recherches sémiologiques en clinique gériatrique. *Infor. Psychiat.*, Vol. 45, n° 5, 1969.
- RICHARD J., CONSTANTINIDIS J. — Les démences de la vieillesse. *Confrontations Psychiatriques*, n° 5, 1970.
- ROBSON K. S. — The role of eye contact in maternal-infant attachment. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 8, 1967.
- ROSOW I. — Social integration of the aged. *The Free Press*, New-York, 1967.
- SCHEFFLEN A. E. — The significance of posture in communication systems. *Psychiatry*, Vol. 27, 1964.
- SCHEFFLEN A. E. — Quasi courtship behavior in psychotherapy. *Psychiatry*, vol. 28, 1965.
- SCHIFFERLI P., KORALNIK L. — De quelques problèmes pratiques que posent les affections cérébrales du grand âge. *Journal Suisse de Médecine*, n° 42, 1956.
- SCHMIDT H. D. — Bigotry in school children. *Commentary*, 1960.
- SHERIF M., SHERIF C. W. — *Social Psychology*. N.Y. Harter & Row, 1969.
- SIEGEL S. — Non parametric statistics for the behavioral sciences. *International Student Edition*, Mc-Graw Hill Book Company Inc, 1956.
- SINCLAIR H., BOEHME M., TISSOT R., AJURIAGUERRA J. de. — Quelques aspects de la désintégration des notions de temps à travers des épreuves morpho-syntaxiques de langage et à-travers des épreuves opératoires chez les vieillards atteints de démence dégénérative. *Bulletin de Psychologie*, 247, XIX, janvier 1966.
- SPITZ R. A. — *La première année de la vie de l'enfant*, P.U.F., 1958.
- SPITZ R. A. — No and yes. *International Univ. Press*, N.Y., 1957.

- SPITZ R. A., WOLF K. — Anaclitic depression. *Psychoanal. study of the child*, 2, 1946.
- STAEHLIN B. — Gesetzmässigkeiten im Gemeinschaftsleben schwer Geisteskranker. *Arch. Suisses de Neurol. et de Psych.*, Vol. 72, 1/2, 1953.
- TAJFEL H. — Categorization and intergroup relations. *European Journal of Sociology and Psych.*, I (2).
- TIBBITS C. — Handbook of social gerontology. *The University of Chicago Press*, 1960.
- TIBBITS C., DONAHUE W. — Social and psychological aspects of aging. *Columbia Univ. Press*, 1962.
- TISSOT R., RICHARD J., DUVAL F., AJURIAGUERRA J. de. — Quelques aspects du langage des démences dégénératives du grand âge. *Acta Neurol. et Psychiat. Belg.*, 1967.
- TOWNSEND L. . . *The family life of old people*. London, Routledge and Kegan Ltd., 1957.
- WINNICOTT D. W. — Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, II, 1954.
- WOLFF K. — *The biological, sociological and psychological aspects of aging*, C.C. Thomas, Publisher, Springfield, 1959.
- WOLFF K. — *Geriatric psychiatry*. C.C. Thomas, publisher Springfield Ill., 1963.
-

